

Prognose der Enteritis regionalis nach Rezidivoperation

von

DIETRICH ROST
aus Nürnberg

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann

Prognose der Enteritis regionalis nach Rezidivoperation

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

dem

Fachbereich Medizin

der

Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von

DIETRICH ROST

aus Nürnberg

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin der
Universität Erlangen-Nürnberg



Referent: Prof. Dr. R. Flesch

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 27. Januar 1977

Meinen Eltern



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548420_0009

Inhaltsübersicht	Seite
Einleitung	1
Methodik	2
Ergebnisse	4
Diskussion	24
Definition des Rezidivs	24
Indikation zur Rezidivoperation	26
Operationsverfahren bei der Rezidivoperation	27
Letalität der Rezidivoperation	28
Rezidiv nach zwei- und mehrfacher Operation	30
Gesundheitszustand nach Rezidivoperation	34
Zusammenfassung	35
Anhang	36
Vergleichende Tabelle aus den Angaben der Literatur	40
Literaturverzeichnis	41
Lebenslauf	46

E i n l e i t u n g

Nach der Erstbeschreibung der Enteritis regionalis von Crohn und Mitarbeitern (11) im Jahre 1932 hielt man eine Zeit lang die chirurgische Therapie für das Mittel der Wahl. Die hohe Rezidivquote enttäuschte diese Erwartungen, und bis heute ist die Rolle, welche die Chirurgie bei der Behandlung der Enteritis regionalis spielt, ein Gegenstand der Diskussion geblieben.

Die Literaturangaben bezüglich der Rezidivquote post operationem differieren in hohem Maß. Schofield (30) beziffert sie mit 18,4 %, während Van Patter et al. (33) bei 62 % der Patienten das Wiederauftreten der Erkrankung beobachtet haben. Auch die Prognose nach zwei- und mehrfacher Operation wird unterschiedlich beurteilt. So steigt nach Van Patter et al. (33) die Rezidivquote mit jedem weiteren Rezidiv an, während Grogono und Parks (16) sie für konstant bleibend erachten, und andere Autoren (13) sogar ein geringeres Rezidivrisiko beobachtet haben.

In dieser Arbeit wird an Hand der in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg gewonnenen Daten der Verlauf der Erkrankung bei den Patienten untersucht, die mindestens zweimal wegen Enteritis regionalis operiert worden sind.

M e t h o d i k

Um mögliche Unsicherheiten bei der Diagnose des Rezidivs auszuschließen, haben wir diesen Begriff dahingehend eingeschränkt, daß ein Rezidiv nur dann gewertet wird, wenn es eine chirurgische Behandlung erforderlich gemacht hat. Dies kann in Form einer Laparotomie, einer Bypass-Operation oder einer Resektion geschehen sein. Da bei diesen Eingriffen in der Regel Biopsiematerial entnommen wird, kann die Diagnose dann zusätzlich an Hand histologischer Kriterien bestätigt werden.

Wird bei einem an Enteritis regionalis erkrankten Patienten eine Abszeßdrainage oder eine Fistelrevision durchgeführt, so muß dies nicht in direktem Zusammenhang mit einem Rezidiv stehen. Solche Eingriffe sind somit nicht als Rezidivoperationen gewertet worden.

Viele Patienten werden im akuten Stadium der Enteritis regionalis unter der Diagnose "Akute Appendicitis" operiert. Da in diesem Stadium der Erkrankung ein weitergehender Eingriff als die Appendektomie kontraindiziert ist, muß eine definitive Operation unterbleiben. Wir haben diese Laparotomie oder Appendektomie dennoch als (erste) Operation gewertet, wenn aus dem intraoperativen Aspekt, und wo dieser nicht eruierbar war, aus dem postoperativen Verlauf,

auf die Enteritis regionalis als die eigentliche Krankheit zu schließen war, aus dem postoperativen Verlauf derart, daß das Intervall zur nächsten Operation nicht länger als 3 Jahre betragen durfte, und daß in dieser Zeit typische Symptome wie Narbenfisteln, krampfartige Bauchschmerzen, Diarrhoen u. a. auftreten mußten.

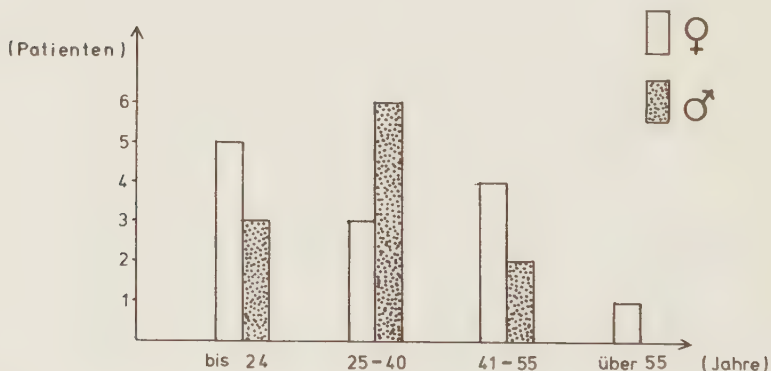
Die Auswertung der Krankengeschichten erfolgte an Hand von Erhebungsbögen, welche die Anamnese der Patienten erfaßten. Der postoperative Verlauf und der aktuelle Gesundheitszustand wurden mit Hilfe von Fragebögen eruiert, die an die Patienten versandt worden waren.

E r g e b n i s s e

Vom 1. 1. 1961 bis zum 31. 7. 1974 wurden an dieser Klinik 69 Patienten wegen einer Enteritis regionalis operiert, bei denen eine histologische Bestätigung der Diagnose erfolgte.

Darunter waren 24 Patienten, 11 Männer und 13 Frauen, die einschließlich der Eingriffe in auswärtigen Krankenhäusern mehr als einmal einer chirurgischen Behandlung unterzogen worden waren.

Das durchschnittliche Alter zu Beginn der Symptomatik betrug 31,8 Jahre, der jüngste Patient war 14, und der älteste 60 Jahre alt.



Tab. 1: Altersverteilung bei Beginn der Krankheit

Bei vielen Patienten war die Operation aus mehreren Gründen indiziert.

Die Anzeige zur Rezidivoperation war am häufigsten durch die erfolglose konservative Therapie der allgemeinen Symptome zusammen mit lokalen Komplikationen in Form von Fisteln und Stenosen gegeben.

Operations-indikation	1. Op.	2. Op.	3. Op.	4. Op.
Therapiere-sistente chron. Form	3	14	8	3
Darmfistel	3	11	6	1
Darmstenose mit (Sub-) Ileus	3	7	4	2
Unterbauch-tumor	5	3	2	0
Blutung	1	1	1	0
Verd. auf akute Appen-dicitis	15	0	0	0
ohne Angabe	2	1	1	0

Tab. 2: Indikationen zur Operation der Enteritis regionalis

Diese 24 Patienten wurden insgesamt 62 mal operiert, 35 mal in dieser Klinik und 27 mal in auswärtigen Krankenhäusern. Die Operationsmethode der Wahl war an dieser Klinik die Resektion.

Operationsmethode		Chirurg. Univ.-Klinik Erlangen	Auswärts
Resektion	Dünndarmteilresektion	3	0
	Ileoascendostomie	0	1
	Ileotransversostomie	25	3
	Ileosigmoidostomie	2	1
	Ileorectostomie	1	0
	Ileocoecostomie u. Sigmaresektion	1	0
	Proktocolektomie u. Ileostomie	2	0
Bypass	Ileoascendostomie	0	1
	Ileotransversostomie	0	4
Sonstige Verfahren	Laparotomie	1	1
	Appendektomie	0	15
	Ohne Angabe	0	1
		35	27

Tab. 3: Operationsmethoden zur Behandlung der Enteritis regionalis

Der Beobachtungszeitraum zwischen der letzten Operation und dem Beantworten des Fragebogens beträgt im Durchschnitt 6,5 Jahre.

Bei 2 Patienten trat nach dem 31. 7. 74 erneut ein Rezidiv auf, so daß für diese Patienten der Beobachtungszeitraum nur ein bzw. 11 Monate beinhaltet.

Beobachtungszeitraum	Anzahl der Patienten
weniger als ein Jahr	2
über 3 J. bis 5 J.	6
über 5 J. bis 10 J.	9
länger als 10 J.	2

Tab. 4: Beobachtungszeitraum zwischen der letzten Operation und dem Beantworten des Fragebogens

4 Patienten sind gestorben und werden ebenso wie jener Patient, über dessen jetzigen Gesundheitszustand wir nichts erfahren konnten, in der obigen Aufstellung nicht aufgeführt.

L e t a l i t ä t

Nach den 30 Rezidivoperationen an dieser Klinik verstarben 2 Patienten (7 %) postoperativ.

Ein Patient starb 4 Monate, ein weiterer 4 Jahre nach der letzten Operation an den Folgen der Enteritis regionalis. Die Letalität nach Rezidivoperationen beträgt somit 17 %.

Archiv-Nr.	Op.datum	Op.verfahren
72 321	1. Op. 4. 10. 66 2. Op. 24. 8. 67 3. Op. 6. 5. 68 Gestorben am 30. 5. 68 Todesursache: Toxisch bedingtes Herz- versagen bei diffuser Peritonitis	Ileocoecostomie u. Sigmaresektion Hemicolektomie re. Ileotransversostomie (Anastomosen-Resek- tion)
73 864	1. Op. 18. 8. 65 2. Op. 28. 11. 66 Gestorben am 25. 12. 70 Todesursache: Inanition, Kachexie	Appendektomie Hemicolektomie re.
85 289	1. Op. 16. 10. 67 2. Op. 24. 7. 68 Gestorben am 23. 11. 68 Todesursache: Toxisch bedingtes Herz- Kreislaufversagen; Kachexie	Hemicolektomie re.; Colorectostomie Proktocolektomie, Ileostomie
111 015	1. Op. 1966 2. Op. 27. 11. 69 Gestorben am 2. 1. 70 Todesursache: Toxisch bedingtes Herz- Kreislaufversagen bei Peritonitis	Appendektomie Hemicolektomie re.

Tab. 5: Todesfälle

1 . O p e r a t i o n

Der ersten Operation ging meist nur ein kurzer Krankheitsverlauf voraus. So wurden 19 Patienten innerhalb eines Jahres nach Beginn der Symptomatik operiert.

15 Patienten wurden - ausschließlich in auswärtigen Krankenhäusern - unter dem Verdacht auf eine akute Appendicitis laparotomiert. Nur bei 3 dieser Patienten fand sich ein Hinweis auf die Vorgeschichte: 2 Patienten hatten jeweils über Diarrhoen, Fieber und heftige Bauchschmerzen geklagt, die 2 bzw. 3 Monate vor der Appendektomie begonnen hätten. Bei dem anderen Patienten war bereits 6 Jahre vor der Appendektomie der Verdacht auf eine Colitis ulcerosa geäußert worden. Aus dem Fehlen entsprechender Angaben bei den restlichen 12 Patienten nahmen wir in diesen Fällen einen akuten Beginn an.

Von den 5 an dieser Klinik operierten Patienten betrug die Dauer vom Beginn der Symptomatik bis zur Operation im Durchschnitt 1,2 Jahre. 2 Patienten wurden wegen ihres unklaren Unterbauchtumors operiert, zwei weitere, weil die konservative Behandlung ihre allgemeinen und lokalen Beschwerden wie Durchfälle, Leibschmerzen, Gewichtsabnahme, Fieber, Schwächegefühl und Fisteln, nicht beheben konnte. Ein Patient mußte wegen innerer Blutungen operiert werden.

Operationsmethode	Chirurg. Univ.-Klinik Erlangen	Auswärts
Resektion	Ileoascendostomie	1
	Ileotransversostomie	1
	Ileosigmoidostomie	0
	Ileocecostomie u. Sigmare- sektion	0
Bypass	Ileoascendostomie	1
	Ileotransversostomie	1
Sonstige Verfahren	Laparotomie	0
	Appendektomie	15
	5	19

Tab. 6: Operationsmethoden bei der 1. Operation

2 . O p e r a t i o n

Von den 16 Patienten, die bei der 1. Operation nur laparotomiert worden waren, mußten sich 14 innerhalb der nächsten zwei Jahre einer weiteren Operation unterziehen.

Bei den 6 Patienten, bei denen als erste Operation eine Resektion vorgenommen worden war, betrug der zeitliche Abstand zur 2. Operation im Durchschnitt 4 Jahre und 10 Monate.

Als Indikation zur Operation standen chronische Beschwerden im Vordergrund, darunter nicht heilende Fisteln bei 11 und andauernde (Sub-) Ileussyptomatik bei 7 Patienten.

18 Patienten wurden an dieser Klinik das 2. Mal operiert. Als Operationsverfahren wurde ausschließlich die Resektion gewählt.

2 Patienten starben im Anschluß an die 2. Operation, ein Patient vier Jahre nach der 2. Operation. Bei einem weiteren Patienten war der Krankheitsverlauf nach der 2. Operation nicht mehr weiterzuverfolgen.

Operationsmethode		Chirurg. Univ.-Klinik Erlangen	Auswärts
Resektion	Dünndarmteilresektion	2	0
	Ileotransversostomie	14	1
	Ileosigmoidostomie	0	1
	Proktocolektomie u. Ileostomie	2	0
Bypass	Ileotransversostomie	0	2
Sonstige Verfahren	Laparotomie	0	1
	Ohne Angabe	0	1
		18	6

Tab. 7: Operationsmethode bei der 2. Operation

3 . O p e r a t i o n

11 Patienten wurden ein drittes Mal operiert, dabei 10 Patienten innerhalb der ersten 3 Jahre nach der 2. Operation.

Die Indikation zur Operation ergab sich durch die erfolglose konservative Behandlung der typischen Symptome, die bei 6 Patienten durch eine Fistel und bei 4 Patienten durch einen (Sub-) Ileus kompliziert waren.

9 Patienten wurden an dieser Klinik das 3. Mal operiert, wobei jeweils eine Resektion vorgenommen wurde.

Ein Patient verstarb postoperativ.

Operationsmethode		Chirurg. Univ.-Klinik Erlangen	Auswärts
Resektion	Dünndarmteilresektion	1	0
	Ileotransversostomie	7	1
	Ileosigmoidostomie	1	0
Bypass	Ileotransversostomie	0	1
		9	2

Tab. 8: Operationsmethoden bei der 3. Operation

4 . O p e r a t i o n

3 Patienten mußten sich einer 4. Operation unterziehen und zwar 2 Patienten im 2. Jahr und ein Patient im 8. Jahr nach der 3. Operation.

Die Indikation war durch die erfolglose konservative Behandlung der typischen Symptome gegeben.

Die 3 Patienten wurden an dieser Klinik operiert, wobei jeweils nachreseziert wurde.

Kein Patient mußte ein 5. Mal operiert werden.

Rezidive nach der zweiten, dritten und vierten Operation

Es werden alle, also einschließlich die in auswärtigen Krankenhäusern durchgeführten Operationen in Betracht gezogen.

Dabei kann man ein Absinken der Rezidivquote nach jeder weiteren Operation feststellen.

Die drei Patienten, die viermal operiert worden sind, sind nach einem durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von 9 Jahren bislang rezidivfrei.

Operationmethode	Anzahl d. operierten Pat.	Postoperativ gestorben	Erneut operiert	Rezidivquote
2. Op.	20	1	7	(37 %)
Resektion				
Bypass	2	0	2	
Laparotomie	2	0	2	
3. Op.	10	1	2	(22 %)
Resektion				
Bypass	1	0	1	
4. Op.	3	0	0	
Resektion				

Tab. 9: Rezidivoperationen nach der 2., 3., und 4. Operation

Re z i d i v n a c h R e s e k t i o n

Bei 7 Patienten wurde zweimal, bei 4 Patienten dreimal reseziert.

Es fällt auf, daß 8 Rezidive innerhalb von zwei Jahren nach der letzten Resektion aufgetreten sind, während sich, abgesehen von einer Ausnahme, die restlichen 6 Rezidive auf einen Zeitraum von 5 bis 11 Jahren nach der letzten Operation erstrecken.

Man kann also zwei Arten von Rezidiv vermuten, das "Frührezidiv" in den ersten beiden Jahren und das "Spätrezidiv" etwa 5 bis 10 Jahre nach der Operation.

2 Patienten aus der Frührezidivgruppe sind an den Komplikationen der Erkrankung verstorben, und bei den 14 Resektionen aus dieser Gruppe findet sich bei der Indikation zur Operation zwölfmal der Hinweis auf eine Fistel oder einen Abszeß, gegenüber dreimal bei den insgesamt 12 Resektionen aus der Spätrezidivgruppe.

Re z i d i v n a c h B y p a s s - O p e r a t i o n

5 Bypass-Operationen wurden an 4 Patienten - ausschließlich in auswärtigen Krankenhäusern - durchgeführt.

Es mußte jeweils nachoperiert werden, wobei der zeitliche Abstand zum Rezidiv im Durchschnitt ca. 2,5 Jahre betrug.

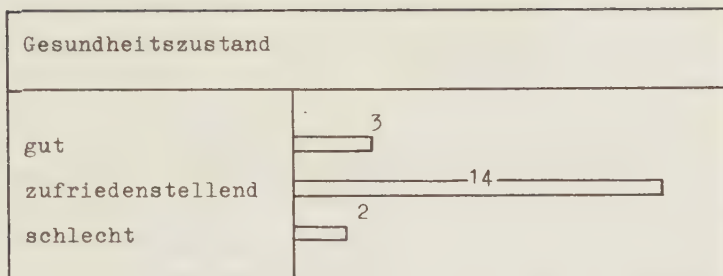
Aktueller Gesundheitszu- stand der Patienten

Diese Angaben machten die Patienten selbst an Hand eines Fragebogens, den wir einmal im Oktober 1974 und dann noch einmal im Februar 1976 an sie verschickt hatten. Mit einer Ausnahme erhielten wir von allen Patienten mindestens einmal eine Antwort. 11 Patienten haben beide Male den Fragebogen ausgefüllt, doch sind die entsprechenden Angaben nahezu identisch, so daß wir jeweils nur den zuletzt beantworteten Fragebogen berücksichtigt haben.

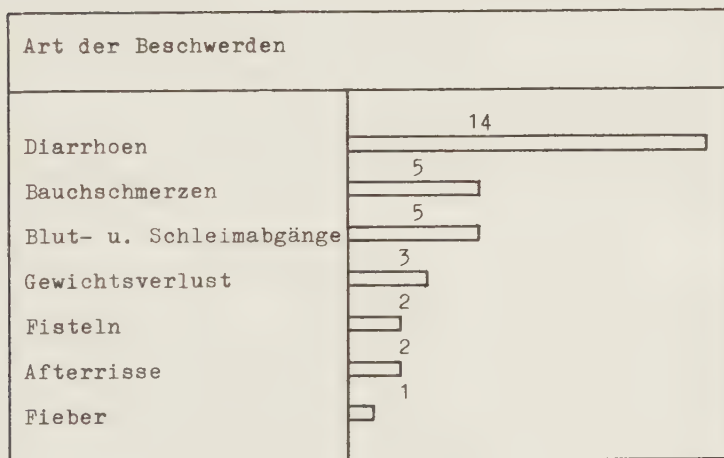
Von den 19 Patienten bewerten 14 ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend und 3 als gut. Diese 3 Patienten sind im Gegensatz zu allen anderen frei von Beschwerden. Jene klagen am meisten über Diarrhoen.

Bei 7 Patienten war seit ihrer letzten Operation an der hiesigen Klinik eine Fistel aufgetreten, die zur Zeit der Befragung bei 5 von ihnen wieder abgeheilt ist, sei es spontan oder infolge einer Fistelrevision.

8 Patienten gaben an, sich derzeit wegen ihrer Enteritis regionalis in ärztlicher Behandlung zu befinden. Seit der letzten Operation an der hiesigen Klinik erfolgte ein stationärer Aufenthalt in einer medizinischen Klinik bei 7 Patienten. 4 Patienten mußten seither erneut operiert werden, wobei zweimal eine Fistelrevision und zweimal eine Nachresektion durchgeführt wurde.



Tab. 10: Subjektive Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes durch die Patienten



Tab. 11: Angaben der Patienten über ihre Beschwerden

D i s k u s s i o n

Definition des Rezidivs

Prinzipiell gibt es für die Definition des Rezidivs post operationem bei der Enteritis regionalis drei Möglichkeiten (25):

1. Erneutes Auftreten der typischen Symptome
2. Zusätzlich zur Symptomatik die röntgenologische bzw. coloskopische Bestätigung der Diagnose
3. Notwendigkeit eines erneuten operativen Eingriffs

ad 1:

Diese umfassende Definition ist problematisch, weil dann die Folgen einer Operation in der Lage sind, ein Rezidiv vorzutäuschen (14). Symptome wie Diarrhoen und Gewichtsverlust können nämlich sowohl durch ein Rezidiv als auch durch ein Malabsorptionssyndrom infolge ausgedehnter Ileumresektion hervorgerufen werden. Kolikartige Bauchschmerzen müssen nicht von einem Rezidiv herrühren, sie können auch auf einer Anastomosenstenose beruhen (16).

ad 2:

Die meisten Autoren verwenden diese Definition des Rezidivs, wobei der röntgenologische Befund nicht immer mit dem klinischen Bild korreliert (28). So gibt es Patienten, die einerseits beschwerdefrei sind, deren Röntgenbild aber andererseits für das

Weiterbestehen der Erkrankung spricht (18) (17). Mitunter liefert der röntgenologische Aspekt einen normalen Befund, während die histologische Untersuchung die Diagnose einer Enteritis regionalis ergibt (3). Auch weisen Colcock und Vansant (10) auf die mögliche Falschinterpretation von postoperativen Narben hin. Zur endgültigen Sicherung empfiehlt sich daher die Endoskopie.

ad 3:

Die mittels dieser Definition erhaltene Rezidivquote liegt sicher niedriger, als es der Wirklichkeit entspricht, da es Patienten mit erwiesenem Rezidiv gibt, die jedoch nicht erneut operiert werden müssen bzw. können (14) (5).

Andererseits reduziert diese Definition die Unsicherheit und Subjektivität bei der Diagnose des Rezidivs auf ein Minimum.

I n d i k a t i o n z u r R e z i d i v o p e - r a t i o n

Die Indikation zur Rezidivoperation unterscheidet sich nur wenig von der zur Erstoperation (12). Sie ist in erster Linie durch die erfolglose konservative Therapie der schweren lokalen und allgemeinen Komplikationen gegeben.

Selten geht es darum, einen akut lebensbedrohlichen Zustand zu beheben, so daß der Chirurg das Risiko der Operationsletalität gegen die Aussicht, das Leben des Patienten zu erleichtern, abwägen muß.

Dabei hat der Chirurg nicht wie bei der Colitis ulcerosa die Gewißheit, mit der Resektion die Krankheit zum Stillstand zu bringen. Neben der Rezidivgefahr droht nach der Operation auch noch die nach ausgedehnter Resektion auftretende Malabsorption das Wohlbefinden des Patienten zu beeinträchtigen.

Operationsverfahren bei der Rezidivoperation

Die Resektion der befallenen Darmabschnitte ist heute sowohl bei der Erst- als auch bei der Rezidivoperation die Operationsmethode der Wahl (7).

In den vierziger und fünfziger Jahren war vor allem im anglo-amerikanischen Raum unter dem Hinweis auf die geringere Letalität die Ausschaltungsoperation bevorzugt worden. Dieses Verfahren ist jedoch mit einer enttäuschenden Rezidivquote belastet, so daß sich die Resektion immer mehr durchgesetzt hat, zumal die Operationsletalität der Resektion im Lauf der Zeit ständig abgenommen hat (1) (8) (34).

Bei der wiederholten Resektion steht der Chirurg vor dem Problem, einerseits möglichst radikal zu operieren, um die Rezidivwahrscheinlichkeit gering zu halten (21), andererseits aber möglichst sparsam zu resektieren, um eine ausgeprägte Malabsorption zu verhindern (9). De Dombal (12) empfiehlt in diesen Fällen, den üblichen Sicherheitsabstand an den Enden des erkrankten Darmabschnittes zu verkürzen und die Mukosa derselben histologisch zu untersuchen, um dann vom Ergebnis der Schnellschnittuntersuchung das weitere operative Vorgehen abhängig zu machen.

L e t a l i t ä t d e r R e z i d i v o p e r a - t i o n

Die Operationsletalität wird definiert als die Anzahl der innerhalb eines Monats nach der Operation verstorbenen Patienten bezogen auf 100 Operationen (34).

Sie beträgt an dieser Klinik nach Rezidivoperationen 7 % und entspricht so den von De Dombal et al. (13) sowie von Lennard-Jones und Stalder (25) angegebenen Werten von 8,2 bzw. 6 %.

Nach De Dombal (12) ist die Operationsletalität nach Rezidivoperationen etwa doppelt so hoch wie die nach Erstoperationen, was damit zusammenhängen könnte, daß die Patienten durch die vorangegangene erfolglose Operation in einem schlechteren Zustand zur Rezidivoperation kommen.

Bei anderen Autoren (5) (10) findet sich dieser Unterschied in der Operationsletalität zwischen Erst- und Rezidivoperation nicht; auch werden für die Erstoperation weit geringere Letalitätsquoten angegeben (33) (10) (5) (17). So meint Kyle (24), die Operationsletalität sollte unter 2 % bleiben.

Dazu muß gesagt werden, daß die Vergleichbarkeit der verschiedenen Untersuchungsergebnisse nicht gegeben ist, weil - abgesehen von der meist geringen Anzahl

von Fällen -

- a) nicht alle Autoren mit der oben angeführten Definition der Operationsletalität (34) arbeiten;
- b) die Letalität nach den verschiedenen Operationsmethoden erheblich differiert und so die Letalitätsquote je nach Zusammensetzung der untersuchten Gruppe variiert (33);
- c) die Operationsletalität in den letzten 40 Jahren ständig gesenkt werden konnte, so daß die Ergebnisse auch vom Zeitraum, der zur Untersuchung herangezogen worden ist, abhängen (13).

Zwei unserer Patienten sind nach Ablauf des postoperativen Zeitraums an den Folgen der Enteritis regionalis gestorben, der eine Patient 4 Monate, der andere 4 Jahre nach der letzten Operation. Das bestätigt die von De Dombal (13) getroffene Feststellung, daß die meisten Todesfälle bei Rezidivoperationen sich in den ersten Jahren nach der Operation ereignen. Auffallend bei allen 4 Patienten ist die relativ kurze Zeitspanne - durchschnittlich 3 Jahre - von der ersten Operation bis zum Tod. Die rasche Progredienz ist somit ein typisches Merkmal des Krankheitsverlaufs bei den verstorbenen Patienten.

Rezidiv nach zwei- und mehr- facher Operation

Wie einleitend bereits erwähnt, sind die Angaben über die Rezidivquote nach Rezidivoperation recht kontrovers. Das breite Spektrum der Ergebnisse ist durch die verschiedenen Methoden der Datenaufbereitung bedingt. Will man daher die Untersuchungsergebnisse mehrerer Autoren miteinander vergleichen, so müssen folgende Parameter, die bei der Bestimmung der Rezidivquote eine Rolle spielen, übereinstimmen:

1. Die Definition des Rezidivs
2. Das vorangegangene Operationsverfahren
3. Die Länge des Beobachtungszeitraumes

ad 1:

Die prinzipiell möglichen Definitionen des Rezidivs wurden bereits beschrieben. Wie je nach Definition die Rezidivquote variiert, wird an folgendem Beispiel deutlich: Van Patter et al. (33) haben 81 % Rezidive nach der 2. Operation beobachtet, wobei sie jegliches Auftreten der typischen Symptome als Rezidiv gewertet haben. Hätten sie als Kriterium des Rezidivs die Notwendigkeit einer erneuten Operation betrachtet, so wären sie auf 19 % Rezidive gekommen.

ad 2:

Die zur Therapie der Enteritis regionalis möglichen

Operationsverfahren sind mit unterschiedlichen Rezidivquoten belastet. De Dombal et al. (13) haben z. B. 60 % der Patienten nach Ausschaltungsoperation, dagegen nur 10 % der Patienten nach Proktocolektomie erneut operieren müssen. So ist klar, daß je nach den oder dem in der untersuchten Gruppe angewendeten Operationsverfahren die Rezidivquote unterschiedlich ausfallen wird.

ad 3:

Eine erhebliche Rolle bei der Bestimmung der Rezidivquote spielt die Länge des Beobachtungszeitraumes nach der letzten Operation. So konnten Grogono und Parks (16) zeigen, daß die prozentuale Wahrscheinlichkeit einer 2. Resektion zwei Jahre nach der ersten Resektion 6 %, nach 5 Jahren 16 % und nach 10 Jahren 31 % beträgt. Ein nennenswertes Ansteigen der Rezidivquote nach einem Zeitraum von mehr als 10 Jahren wird von Barber et al. (6) verneint, doch wiesen Alexander-Williams et al. (1) in einer Untersuchungsreihe mit 21 Patienten darauf hin, daß die Rezidivquote 5 Jahre nach der ersten Ausschaltungsoperation 26,5 % betragen hatte, im Gegensatz zu 95 % nach einem Zeitraum bis zu 38 Jahren.

Neben diesen drei genannten Faktoren, die gewisse Schwierigkeiten beim Vergleich von verschiedenen Untersuchungsergebnissen verursachen, wird die Aussagekraft der Ergebnisse bei einigen Autoren durch ihr relativ kleines Patientengut abgeschwächt. So

berichten Lennard-Jones (25) über 17, Stahlgren und Ferguson (32) über 16 Patienten, die mindestens zweimal einer definitiven Operation unterzogen worden sind.

Van Patter et al. (33) haben 81 % Rezidive nach der 2. Operation beobachtet. Ihre Werte liegen somit weit über denen anderer Autoren, die Rezidivquoten in Höhe von 37 % (17) bis 69 % (32) angegeben haben. Diese Diskrepanz läßt sich dadurch erklären, daß Van Patter et al. jegliches Auftreten der Symptome als Rezidiv gewertet haben, während bei den anderen Autoren neben der Symptomatik noch zusätzlich die röntgenologische Evidenz des Rezidivs vorgelegen haben muß.

Vergleicht man dagegen den Anteil der Patienten, die ein drittes Mal operiert werden mußten, so bewegen sich die Prozentzahlen zwischen 19 % (33) und 31 % (5), also in einem relativ kleinen Spielraum.

Für die Rezidivquote nach der 3. Operation und die Häufigkeit einer 4. Operation liegen von den einzelnen Autoren nur kleine Zahlenwerte vor, so daß ein Vergleich der verschiedenen Prozentangaben nicht sinnvoll erscheint. Im Durchschnitt werden für die Rezidivquote nach der 3. Operation 60 % genannt, und 25 % der Patienten müssen ein 4. Mal operiert werden.

Wegen der geringen Fallzahl ist Zurückhaltung bei der Interpretation und Verallgemeinerung der eigenen

Ergebnisse geboten. Dennoch kann man feststellen, daß die Wahrscheinlichkeit, wegen eines Rezidivs erneut operiert werden zu müssen, nicht mit der Anzahl der Operationen größer wird.

Gesundheitszustand nach Re- zidivoperation

Ihren aktuellen Gesundheitszustand bezeichnen 14 (74 %) unserer 19 Patienten als zufriedenstellend, 3 (16 %) als gut und 2 (10 %) als schlecht.

Diese günstige Einschätzung des Gesundheitszustandes bestätigt die Rolle der chirurgischen Therapie beim Rezidiv der Enteritis regionalis.

Bei Van Patter et al. (33) sind 17 (28 %) der 61 Patienten mit Rezidivoperation geheilt oder in einem guten Zustand. 5 (8 %) Patienten geht es zufriedenstellend und 9 (15 %) schlecht. 14 (23 %) Patienten sind gestorben, und die restlichen 16 (26 %) sind entweder an auswärtigen Kliniken erneut operiert worden oder konnten nicht nachuntersucht werden.

Grogono und Parks (16) bezeichnen den Gesundheitszustand von 12 (50 %) der 24 Patienten mit Rezidivresektion als gut. 10 (42 %) Patienten geht es nicht gut oder sind gestorben. Bei 2 Patienten mußte ein drittes Mal reseziert werden.

Über ausgesprochen günstige Ergebnisse berichten Barber et al. (6): 16 (73 %) von 22 Patienten mit Rezidivoperation geht es gut, 4 (18 %) zufriedenstellend und 2 (9 %) schlecht.

Z u s a m m e n f a s s u n g

1. Es wird über die chirurgische Therapie des Rezidivs bei der Enteritis regionalis an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen berichtet. In der Arbeit werden 24 Fälle aus dem Zeitraum vom 1. 1. 1961 bis 31. 7. 1974 behandelt.
2. Die Rezidivoperation war indiziert, wenn die konservative Therapie die schweren lokalen und allgemeinen Komplikationen der Erkrankung nicht mehr beherrschen konnte.
3. Das Operationsverfahren der Wahl bestand in der Resektion des erkrankten Darmabschnittes.
4. Die Operationsmortalität lag bei 7 %. Der Krankheitsverlauf der gestorbenen Patienten war durch die rasche Progredienz gekennzeichnet.
5. Ein Ansteigen der Rezidivquote nach jedem weiteren Rezidiv konnte nicht beobachtet werden.
6. Das subjektive Befinden der Patienten wurde mittels eines Fragebogens eruiert. 90 % der Patienten bezeichneten ihren aktuellen Gesundheitszustand als zufriedenstellend oder gut. Keine Beschwerden mehr haben 16 % der Patienten.
7. Die Literatur wurde ausgewertet und tabellarisch zusammengefaßt.

- 1.) Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand
in Bezug auf Ihre Darmerkrankung

gut zufriedenstellend schlecht

- 2.) Haben Sie weiterhin Beschwerden

ja nein

Wenn ja, welcher Art sind diese Beschwerden

- a) Durchfall (mehr als 3 Stuhlentleerungen pro Tag)
- b) Verstopfung
- c) Bauchschmerzen
- d) Fieber
- e) Blut- und Schleimabgänge
- f) Gewichtsverlust
- g) Afterrisse
- h) sonstige Beschwerden

- 3.) Sind seit Ihrer letzten Operation in der Universitäts-
klinik Erlangen Fisteln aufgetreten

ja nein

Wenn ja, welcher Art

- a) innere Fisteln wenn ja, wo
- b) äußere Fisteln wenn ja, wo
- c) Analfisteln

- 4.) Befinden Sie sich wegen dieser Darmerkrankung zur Zeit
in ärztlicher Behandlung

ja nein

- 5.) War seit Ihrer letzten Operation in der Universitäts-
klinik Erlangen erneut ein chirurgischer Eingriff not-
wendig

ja nein

Wenn ja,

a) wie oft

b) wo wurd(n) diese(r) Eingriff(e) vorgenommen

.....

c) welcher Art war(en) diese(r) Eingriff(e)

.....

d) warum wurde operiert

.....

- 6.) War seit Ihrer letzten Operation an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen ein erneuter stationärer Aufenthalt in edner medizinischen Klinik nötig?

Laufende Nr. in der Studie:

Name: Vorname:

Geb.Datum: Archiv-Nr.:

Beginn d. Symptomatik: Alter zu Beginn d. Sympt.: ...

Dauer vom Beginn d. Sympt. bis zur 1. Op.:

Frühere Operationen: ja ☐ nein ☐

wenn ja, Datum: Art d. Eingriffs:

" " "

1. OPERATION

Datum: Art des Eingriffs:

Krankenhaus:

Aufgenommen am: entlassen am:

Indikation(en):

Beschwerdebild:

.....

Resektion: ja ☐ nein ☐ o.A. ☐

Lokalisation d. Enteritis reg.: Ausmaß d. Resektion:

	vollst.	teilw.		vollst.	teilw.
Duodenum	☐	☐	Duodenum	☐	☐
Jejunum	☐	☐	Jejunum	☐	☐
Ileum	☐	☐	Ileum	☐	☐
Coecum	☐	☐	Coecum	☐	☐
Colon asc.	☐	☐	Colon asc.	☐	☐
" transv.	☐	☐	" transv.	☐	☐
" desc.	☐	☐	" desc.	☐	☐
Sigma	☐	☐	Sigma	☐	☐
Rectum	☐	☐	Rectum	☐	☐

Resektion im Gesunden: ja ☐ nein ☐ o.A. ☐

Diagnose (p.op.):

Postoperativer Verlauf:
(Abszesse, Fisteln u.a.)

OPERATION:

Datum: Art des Eingriffs:

Krankenhaus:

Indikation(en):

Beschwerdebild:

.....

Resektion: ja ☐ nein ☐ o.A. ☐

Lokalisation d. Ent. reg.: Ausmaß d. Resektion:

	vollst.	teilw.		vollst.	teilw.
Duodenum	☐	☐	Duodenum	☐	☐
Jejunum	☐	☐	Jejunum	☐	☐
Ileum	☐	☐	Ileum	☐	☐
Coecum	☐	☐	Coecum	☐	☐
Colon asc.	☐	☐	Colon asc.	☐	☐
" transv.	☐	☐	" transv.	☐	☐
" desc.	☐	☐	" desc.	☐	☐
Sigma	☐	☐	Sigma	☐	☐
Rectum	☐	☐	Rectum	☐	☐

Resektion im (esunden: ja ☐ nein ☐ o.A. ☐

Diagnose (p.op.):

Postoperativer Verlauf:
(Abszesse, Fisteln u.a.)

MORTALITAT

Patient verstorben: ja ☐ nein ☐ o.A. ☐

wenn ja, innerhalb eines Monats p.op.: ja ☐ nein ☐

Datum des Todes: Todesursache:

Tod in Zusammenhang mit Ent. reg.: ja ☐ nein ☐ o.A. ☐

Autor(en)	1. Op.		Rezidiv		2. Op.		Rezidiv		3. Op.		Rezidiv		4. Cf.		Beobachtungszeitraum	Untersuchungs- zeitraum
	. Pat.	. %	. Pat.	. %	. Pat.	. %	. Pat.	. %	. Pat.	. %	. Pat.	. %	. Pat.	. Pat.		
Barber et al. (5)	257	o.A.	o.A.	49	19	o.A.	o.A.	15	31	o.A.	o.A.	4	o.A.	mindestens 5 Jahre , im Durchschnitt 9,8 J.	1945 - 1955	
Colcock u. Vansant (10)	277	101	37	56	20	25	45	11	20	5	45	1	1	mind. 1 J., 52 % länger als 5 J.	1933 - 1958	
De Donbal et al. (13)	244	o.A.	o.A.	78	32	o.A.	o.A.	16	21	o.A.	o.A.	5	o.A.	mind. 6 Mon. bis 30 J.	1939 - 1968	
Grogono u. Parks (16)	108	o.A.	o.A.	24	22	o.A.	o.A.	2	(9)	o.A.	o.A.	o.A.	o.A.	mind. 5 J. seit der 1. Op.	1946 - 1968	
Krause et al. (21)	168	64	38	42	25	18	43	9	21	5	56	2	o.A.	mind. 2,5 J., im Durchschnitt 5,5 J.	1956 - 1968	
Lennard-Jones u. Stalder (25)	73	20	27	12+5	16	8	47	6	(35)	o.A.	o.A.	o.A.	o.A.	1 bis 10 J.	1947 - 1964	
Stahlgren u. Ferguson (32)	43	21	49	16	37	11	69	6	(37)	1	o.A.	o.A.	o.A.	mind. 1 J.	1948 - 1959	
Van Patter et al. (33)	343	215	63	48	14	39	81	9	19	8	89	3	?	mind. 2 J.	1913 - 1950	

Tab. 12: Angaben aus der Literatur

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

1. Alexander-Williams, J., J.F. Fielding, W.T. Cooke:
A comparison of results of excision and bypass for
ileal Crohn's disease.
Gut, 13 (1972), 973 - 975
2. Atwell, J.D., H.L. Duthie, J.C. Goligher:
The outcome of Crohn's disease.
Brit. J. Surg., 52 (1965), 966 - 972
3. Baker, W.N.W.:
Ileo-rectal anastomosis for Crohn's disease of the
colon.
Gut, 12 (1971), 427 - 431
4. Banks, B.M., L. Zetzel, H.S. Richter:
Morbidity and mortality in regional enteritis.
Americ. J. Digestive Diseases. New Series, 14 (1969),
369 - 379
5. Barber, K.W., J.M. Waugh, O.H. Beahrs, W.G. Sauer:
Indications for and the results of the surgical
treatment of regional enteritis.
Ann. Surg., 156 (1962), 472 - 480
6. Barber, K.W., J.M. Waugh, W.G. Sauer:
Surgical treatment of complication of regional
enteritis.
Arch. Surg., 86 (1963), 442 - 444

7. Bünthe, H.:
Operationsindikation und Operationstaktik bei der
Colitis ulcerosa und beim Morbus Crohn.
Chirurg, 44 (1973), 20 - 24
8. Buse, H., H. Emmermann:
Enteritis regionalis.
Chirurg, 39 (1968), 452 - 456
9. Colcock, B.P.:
Operative technique in surgery for Crohn's disease
and its relationship to recurrence.
Surg. Clin. N. Amer., 53 (1973), 375 - 380
10. Colcock, B.P., J.H. Vansant:
Surgical treatment of regional enteritis.
New Engl. J. Med., 262 (1960), 435 - 439
11. Crohn, B.B, L. Ginzburg, G.O. Oppenheimer:
Regional ileitis.
J.A.M.A. 99 (1932), 1323 - 1328
12. De Dombal, F.T.:
Results of surgery for Crohn's disease.
In: Brooke, B.N.: Clinics in gastroenterology,
Vol. 1/No. 2. Saunders Co., London - Philadelphia -
Toronto 1972
13. De Dombal, F.T., I. Burton, J.C. Goligher:
The early and late results of surgical treatment
for Crohn's disease.
Brit. J. Surg., 58 (1971), 805 - 816

14. De Dombal, F.T., I. Burton, J.C. Goligher:
Recurrence of Crohn's disease after primary
excisional surgery.
Gut, 12 (1971), 519 - 527
15. Fahrländer, H., Ch. Baerlocher:
Clinical features and epidemiological data on
Crohn's disease in the Basle area.
Scand. J. Gastroent., 6 (1971), 657 - 662
16. Grogono, J.L., A.G. Parks:
Surgical resection of recurrent Crohn's disease.
Brit. J. Surg., 59 (1972), 892 - 894
17. Gump, F., M.J. Lepore:
Prognosis in acute and chronic regional enteritis.
Gastroenterology, 39 (1960), 694 - 701
18. Gump, F., I. Sakellariadis, H. Wolff, J.R. Broell:
Clinical-pathological investigation of regional
enteritis as a guide to prognosis.
Ann. Surg., 176 (1972), 233 - 242
19. Korelitz, B.I., H.D. Janowitz:
Controversy on recurrent ileitis after ileostomy:
background and speculation.
Gastroent., 65 (1973), 498 - 501
20. Korelitz, B.I., D.H. Present, L.I. Alpert, R.H.
Marshak, H.D. Janowitz:
Recurrent regional enteritis after ileostomy and
colectomy for granulomatous colitis.
New Engl. J. Med., 287 (1972), 110 - 115

21. Krause, U., L. Bergman, B.J. Norlén:
Crohn's disease.
Scand. J. Gastroent., 6 (1971), 97 - 108
22. Kühn, H.A., F. Eisenreich:
Therapie der Enteritis regionalis.
Dtsch. med. Wschr. 93 (1968) 1369 - 1371
23. Kümmerle, F., J. Schier:
Enteritis regionalis.
Chirurg, 39 (1968), 437 - 442
24. Kyle, J.:
Surgical treatment of Crohn's disease of the small intestine.
Brit. J. Surg., 59 (1972), 821 - 823
25. Lennard-Jones, J.E., G.A. Stalder:
Prognosis after resection of chronic regional ileitis.
Gut, 8 (1967), 332 - 336
26. Lockhart-Mummery, H.E.:
Crohn's disease of the large bowel.
Brit. J. Surg., 59 (1972), 823 - 826
27. Nugent, F.W., M.C. Veidenheimer, W.A. Meissner,
R.C. Haggitt:
Prognosis after colonic resection for Crohn's disease of the colon.
Gastroent., 65 (1973), 398 - 402

28. Reifferscheid, M.:
Chirurgie des Morbus Crohn.
Med.Klin. 70 (1975), 747 - 756
29. Reifferscheid, M., E. Wolfram:
Resektion oder Umgehungsanastomose bei der Enteritis regionalis.
Chirurg 33 (1962), 164 - 172
30. Schofield, P.F.:
The natural history and treatment of Crohn's disease.
Ann. R. Coll. Surg., 36 (1965), 258 - 279
31. Sell, G.:
Erfahrungen mit der Enteritis regionalis.
Langenbecks Arch. klin. Chir. 311 (1965), 221 - 251
32. Stahlgren, L.H., L.K. Ferguson:
The results of surgical treatment of chronic regional enteritis.
J.A.M.A., 175 (1961) 986 - 989
33. Van Patter, W.N., J.A. Bagen, M.B. Dockerty,
W.H. Feldmann, C.W. Mayo, J.M. Waugh:
Regional enteritis.
Gastroenterology, 26 (1954), 347 - 447
34. Williams, J.A.:
The place of surgery in Crohn's disease.
Gut, 12 (1971), 739 - 749

L e b e n s l a u f

Am 6. Mai 1951 wurde ich als drittes Kind des damaligen Studienassessors Sieghard Rost und seiner Frau Klothilde, geb. Schneeberger, in Nürnberg geboren.

Von September 1957 bis Juli 1961 besuchte ich die Volksschule, vom September 1961 an das Humanistische Gymnasium in Schwabach. Nach der 2. Klasse wechselte ich an das Realgymnasium in Nürnberg, wo ich 1970 das Abitur bestand.

Im Wintersemester 1970/71 begann ich an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg mit dem Studium der Humanmedizin. Im Sommer 1973 legte ich das Physikum und im Winter 1976/77 das Staatsexamen ab.

Am 28. Juli 1972 habe ich Irmgard Schnabl geheiratet. Am 31. Juli 1975 wurde mein Sohn Ludwig geboren.

